



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.314.8-007-089:577.1

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ОПЕРКУЛЭКТОМИИ

Шомуродов К.Э. <https://orcid.org/0000-0002-9834-4965>

Игамова С.З. <https://orcid.org/0009-0009-6497-2152>

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан,
ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Проведена оценка эффективности применения различных способов оперкулэктомии – скальпелем, электроножом, лазером. Эффективность хирургического вмешательства оценивали по выраженности послеоперационных болевых ощущений, коллатерального отёка, динамики заживления раны и частоты рецидива перикоронита. результаты исследования показали перспективность применения лазерного воздействия для иссечения нависающей слизистой оболочки при перикороните, что выразилось практически полным отсутствием болевых ощущений и выраженного коллатерального отёка в послеоперационном периоде, исключением рецидива воспалительного процесса и оптимальным заживлением области вмешательства без случаев грубого рубцевания слизистой.

Ключевые слова: перикоронит, лазер, электрохирургия.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF VARIOUS METHODS OF OPERCULTOMY

Shomurodov K.E. <https://orcid.org/0000-0002-9834-4965>

Igamova S.Z. <https://orcid.org/0009-0009-6497-2152>

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Resume

The effectiveness of various methods of operculectomy, such as scalpel, electric knife, and laser, has been evaluated. The effectiveness of surgical intervention was assessed by the severity of postoperative pain, collateral edema, wound healing dynamics, and the frequency of recurrence of pericoronitis. The results of the study showed the prospects of using laser exposure to excision of the overhanging mucous membrane in pericoronitis, which was expressed by the almost complete absence of pain and pronounced collateral edema in the postoperative period, the exception of recurrence of the inflammatory process and optimal healing of the area of intervention without cases of severe scarring of the mucosa.

Key words: pericoronitis, laser, electrosurgery.

Актуальность

Перикоронит чаще всего он поражает третий моляр нижней челюсти; обычно наблюдается у зубов, которые прорезываются постепенно или подвергаются ретенции. Проникновение микроорганизмов в фолликулярную область приводит к возникновению инфекции, как только фолликул зуба вступает в контакт с полостью рта. Считается, что во время развития зубов, когда зубной фолликул контактирует с полостью рта, происходит бактериальная колонизация фолликулярного пространства, что приводит к возникновению инфекции. Виды бактерий, которые преобладают при перикороните прорезывающихся третьих моляров нижней челюсти, – это стрептококки, актиномицеты и пропионибактерии. Наряду с этим, есть также свидетельства

присутствия бактерий, продуцирующих β -лактамазу, таких как *Prevotella*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Carnocytophaga* и *Staphylococcus* sp. [1, 3, 5]

Альтернативой удалению зуба является операция на околокоронарных тканях. Она включает удаление мягких тканей, покрывающих зуб, то есть оперкулэктомию, и, в итоге, гингивопластику вокруг зуба для устранения глубоких карманов. Этого можно достичь с помощью обычной процедуры с использованием скальпеля; однако было доказано, что более продвинутые методы, использующие диодный лазер или прижигание, дают соответствующие преимущества [2].

Оперкулэктомия применяется в качестве профилактической стратегии после прохождения острой стадии этого заболевания, но нет исследований, подтверждающих или опровергающих этот метод лечения. Третий моляр следует удалять только тем пациентам, у которых есть кариозные поражения, не поддающиеся лечению, пульпит и/или периодонтит, абсцесс и остеомиелит, перелом зуба, фолликулярная киста, а также когда зуб связан с областью опухоли, подлежащей резекции [4, 6].

Исходя из этого вышеперечисленные вопросы разработки алгоритма выбора оптимального метода оперкулэктомии с наименьшим риском удаления третьего моляра и послеоперационных осложнений являются актуальными и непосредственно влияют на успех лечения.

Цель: провести оценку эффективности применения различных способов оперкулэктомии – скальпелем, электроножом, лазером.

Материал и методы

С целью отбора исследуемых и выявления особенностей клинического течения заболевания было проведено обследование, обратившихся за помощью в поликлинику хирургической стоматологии клиники Ташкентского государственного медицинского университета в течение 2024-2025 гг. по поводу затрудненного прорезывания нижнего третьего моляра (НТМ), осложненного перикоронитом.

Критерии включения в исследование были следующие: наличие перикоронита, связанного с интактным частично прорезавшимся вертикально или слегка под углом НТМ, глубина расположения которого по типу А, и I класса по Пеллу и Грегори; возраст старше 18 лет.

Критериями исключения были следующие: наличие показаний для удаления НТМ, осложненного перикоронитом: кариес, пульпит, периодонтит, периостит; мезоангулярное или горизонтальное положение НТМ, глубина расположения по типу В и С, II и III класса по Пеллу и Грегори; наличие гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области; отказ пациента от участия или неявка на любой из этапов исследования; пациенты с аллергической реакцией в анамнезе на лекарственные препараты, применяемые в исследовании (анестезия); приём препаратов, влияющих на заживление тканей (НПВС, стероиды); аутоиммунные и воспалительные заболевания полости рта.

Общие критерии исключения включали в себя беременность, лактацию, хронические заболевания на стадии обострения или декомпенсации, наличие опухолевых процессов, системные заболевания соединительной ткани, врождённое нарушение системы гемостаза; приём иммуносупрессивных препаратов, кортикостероидов; приём препаратов, влияющих на обменные процессы костной ткани; заболевания воспалительного и аутоиммунного генеза, психические отклонения, вирусные гепатиты, СПИД и туберкулез.

60 пациентов (32 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст составил $24,2 \pm 5,4$ лет), отобранных в исследование в соответствии с вышеперечисленными критериями включения и исключения, в зависимости от способа иссечения нависающей слизистой оболочки («капюшона»), были разделены на следующие группы (Таблица 1):

Таблица 1. Распределение больных по группам исследования

Группы	1 группа	2 группа	3 группа	Всего
Мужчины	11	11	10	32 (53,3%)
Женщины	9	9	10	28 (46,7%)
Всего	20	20	20	60 (100%)

I группа (20 больных) – традиционный метод – иссечение скальпелем №15. Далее рану инстиллировали раствором антисептического лекарственного средства (хлоргексидин, перекись водорода и др.), вводили антисептическую марлевую турунду – дренаж;

II группа (20 больных) – иссечение проводится методикой электрохирургии (электронож) с помощью электрохирургического коагулятора EBO3 (Heal Force, Шанхай, Китай) в режиме «скальпель». После удаления «капюшона» проводили коагуляцию края раны;

III группа (20 больных) – иссечение проводится с помощью хирургического лазера Mediola Compact MLD01 (Mediola, Минск, Беларусь) (Рис. 1) в режиме абляции при энергии 60 мДж, длительности импульса 350 нс, частоте импульса 40 Гц, мощности 2,4 Вт. При этом иссекали участок слизистой оболочки полуовальным разрезом и рассекали круговую связку зуба до полного освобождения коронковой части зуба с целью создания условий для гигиенического ухода в области вмешательства. В случае наличия рубцовых изменений на слизистой «капюшона» (часто происходит при травматизации участка зубом-антагонистом) мощность излучения увеличивали до 3,2 Вт при энергии 80 мДж, частоте 40 Гц, короткими импульсами 350 нс. На раневой поверхности образовавшийся коагуляционный слой (пленка белого цвета) обеспечивает полный гемостаз.

Распределение (рандомизация) по группам проводилось случайным образом методом случайной выборки в зависимости от даты обращения в отделение.



Рис. 1. Электрохирургический коагулятор EBO3 (Heal Force, Шанхай, Китай) и хирургический лазер Mediola Compact MLD01 (Mediola, Минск, Беларусь)

Перед проведением того или иного вида хирургического вмешательства каждому пациенту разъяснялась его специфика и получали информированное согласие в письменной форме. Всем пациентам перед выполнением хирургического вмешательства проводилась антисептическая обработка – полоскание полости рта 0,05% раствором хлоргексидина. Инфильтрационную анестезию мягких тканей ретромолярной области проводили 4% раствором Артикаина с содержанием эпинефрина гидротартрата 1:100000.

В послеоперационном периоде пациентам рекомендовали полоскание полости рта раствором антисептика. Пациентам I группы дополнительно были рекомендованы антигистаминные препараты («Тавегил» или «Супрастин» в дозе 1 мг на ночь), обезболивающие препараты («Кетонал» или «Тримол» в дозе 10 мг 1 раз в сутки) и антибиотик «Амоксиклав» в таблетках (375 мг) 3 раза в день в течение 5-ти суток. Пациентам II и III групп антибиотики и антигистаминные препараты не назначались.

Эффективность проведённого хирургического лечения перикоронита оценивали:

1) по степени выраженности послеоперационного болевого синдрома, которую определяли с учетом субъективных болевых ощущений пациента по цифровой рейтинговой шкале Verbal Descriptor Scale (Gabric D., 2019): 0 – нет боли; 2 – слабая боль; 4 – умеренная боль; 6 – сильная боль; 8 – очень сильная боль; 10 – нестерпимая боль. Интенсивность послеоперационной боли фиксировали на 1е, 3и и 5е сутки после операции, полученные данные заносили в таблицу. Также обращали внимание на дозировку принимаемых обезболивающих препаратов.

2) по степени выраженности коллатерального отека на 1-е, 3-и и 5-е сутки судили о реакции организма на альтерацию. Послеоперационный коллатеральный отек оценивали по степени выраженности в баллах: 0 – отек отсутствует; 1 – слабовыраженный отек; 2 – умеренный отек; 3 – сильно выраженный отек.

3) с использованием критериев заживления операционной раны, которые характеризовали сокращение размеров коагуляционного слоя под фибринозным налётом, образование грануляционной ткани (по цвету, кровоточивости, срокам появления) и сроки эпителизации.

Отмечали наличие или отсутствие признаков воспаления, гиперемии окружающих тканей, состояние коагулированных тканей на поверхности раны после лазерного воздействия. Кроме того, отмечали нарушение функции глотания, открывания рта, наличия контрактуры жевательных мышц, реакцию регионарных лимфатических узлов в те же сроки исследования. Визуально отмечали сроки заживления раны: эпителизацию и рубцевание.

Анализ данных проводился с помощью описательной статистики. Статистическую обработку полученных данных проводили с применением непараметрических методов (критерий Манна-Уитни) и корреляционного анализа (критерий Пирсона). Результаты представляли в виде медианы, достоверность разности средних значений оценивали по критерию Стьюдента. При организации и проведения исследований использованы принципы доказательной медицины. Статистический анализ проводился на программе OriginPro 8.6 (OriginLab Corporation, США).

Результат и обсуждения

Течение послеоперационного периода у пациентов с перикоронитом в области НТМ отличалось в зависимости от применяемого способа оперкулэктомии. Исследования субъективных ощущений боли проводили через 1, 3 и 5 суток после операции, фиксировали болевые ощущения пациентов по степени выраженности (Таблица 2).

Однако пациенты первой группы после традиционного хирургического лечения (скальпель) на постоянной основе принимали обезболивающие препараты при первых признаках болевых ощущений. На 1-е сутки послеоперационного периода 60% пациентов I группы жаловались на умеренную боль, группе лазерной оперкулэктомии подобных пациентов не было. Слабо выраженная болевая реакция в эти сроки имела у 5% пациентов III группы, у 15% пациентов II группы и у 40% пациентов I группы. На 3-и сутки после операции 10% пациентов, которым, проводили лечение традиционным методом, указали на возрастающую интенсивность боли на фоне приема НПВС, у 20% пациентов этой же группы имела умеренная болевая реакция, а у 45% выявлялись слабые болевые ощущения, и только у 25% человек боль отсутствовала. У 2 (10%) пациентов после оперкулэктомии методом электрохирургии наблюдались слабые болевые ощущения. Ни один пациент после лазерной оперкулэктомии не предъявлял жалоб на болевые ощущения на 3-и сутки послеоперационного периода.

Таблица 2. Динамика болевых ощущений после хирургического вмешательства

Отёк	Группы исследуемых, n (%)								
	I группа			II группа			III группа		
	1 сут	3 сут	5 сут	1 сут	3 сут	5 сут	1 сут	3 сут	5 сут
нет		5 (25)	9 (45)	16 (80)	18 (90)	20 (100)	19 (95)	20 (100)	20 (100)
слабая	8 (40)	9 (45)	7 (35)	3 (15)	2 (10)		1 (5)		
умеренная	12 (60)	4 (20)	4 (20)	1 (5)					
сильная		2 (10)							
очень сильная									
нестерпимая									

Несмотря на проведенное лечение у 3 (15%) пациентов I группы продолжалось развитие воспаления, что выражалась в усилении болевых ощущений и отёка слизистой оболочки в

послеоперационной области с увеличением поднижнечелюстных лимфатических узлов, повышением температуры тела до 37,5°C. В связи с этим было произведено удаление третьих нижних моляров, после чего состояние пациентов стало улучшаться.

Таблица 3. Динамика коллатерального отёка после хирургического вмешательства

Боль	Группы исследуемых, n (%)								
	I группа			II группа			III группа		
	1 сут	3 сут	5 сут	1 сут	3 сут	5 сут	1 сут	3 сут	5 сут
нет		12 (60)	16 (80)	17 (85)	19 (95)	20 (100)	19 (95)	20 (100)	20 (100)
слабый	15 (75)	5 (25)	3 (15)	3 (15)	1 (5)		1 (5)		
умеренный	4 (20)	3 (15)	1 (5)						
сильный	1 (5)	1 (5)							

У пациентов со слабыми болевыми ощущениями после иссечения нависающей слизистой оболочки с помощью лазера был также выявлен незначительный коллатеральный отёк. В I группе (скальпель) аналогичная картина наблюдалась у 72,7% пациентов. Умеренно выраженный отек на первые сутки был выявлен только у пациентов после традиционного лечения – у 4 (20%), на 3 сутки – у 15%, на 5 сутки – у 1 (5%). У 1 (5%) пациента I группы на 1 и 3 сутки был выявлен сильно выраженный коллатеральный отек в послеоперационной области (Таблица 3).

После оперкулэктомии скальпелем у всех пациентов операционная рана заживала вторичным натяжением под иодоформным тампоном, фиксированным к раневой поверхности швами. В данной группе кроме коллатерального отека наблюдали также и гиперемию слизистой оболочки. На 1-е сутки сильно выраженная гиперемия была только у 1 (5%) пациента, тогда как на 3-е сутки была выявлена у 4 (20%) пациентов. Грануляции появлялись на третий день, а к пятому дню полностью покрыли раневую поверхность. С этого времени рану вели открытым способом. До полного заживления пациенты продолжали проводить антисептическую обработку в виде полосканий 0,05% раствором хлоргексидина. На 14 день рана была покрыта молодой соединительной тканью. Через 30 дней при осмотре выявлялось начало формирования грубых, деформирующих послеоперационных рубцов фиброзного характера, которые по мере созревания становились мягкими и эластичными лишь к 6-му месяцу.

Операция с помощью лазера проходила с меньшим кровотечением. Отмечался хороший обзор операционного поля, что создавало возможность иссекать фрагмент слизистой оболочки только в заданном необходимом объеме. После обработки раны расфокусированным лазерным лучом достигался полный гемостаз и формирование коагуляционной пленки. При осмотре гиперемии тканей в послеоперационной области не обнаружено. Заживление раны после лазерной оперкулэктомии проходило под фибринозным налетом (Рис. 2), защищающим её от микрофлоры полости рта и механического воздействия пищи. Фибриновый налет образовывался из коагулированных и карбонизированных лазерным излучением тканей на поверхности раны на следующий день после вмешательства. Площадь фибринозного налета постепенно сокращалась за счет краевой эпителизации слизистой оболочки вокруг раны, а также за счет их лизиса, коагулированных тканей и образования под ними грануляционной ткани. В случае использования лазера полное очищение раны от фибринозного налета и коагуляционной пленки, а также последующая эпителизация наблюдались на $5,8 \pm 0,2$ сутки, тогда как после оперкулэктомии методом электрохирургии заживление занимало около $8,2 \pm 0,6$ суток. У пациентов, которым проводили иссечение нависающего края слизистой оболочки скальпелем, заживление раны наблюдалось только к $13,8 \pm 1,2$ суткам. В отдалённые сроки (через месяц) после иссечения лазером ретромолярную область покрывал эпителий и определялась неизменная слизистая оболочка. А в случае традиционной методики наблюдали

рубцовую ткань. При этом у 4 пациентов она плотно прилегала к дистальным буграм НТМ и выявлялась тенденция к напозланию на зуб, а, значит, и вероятность повторного развития перикоронита.

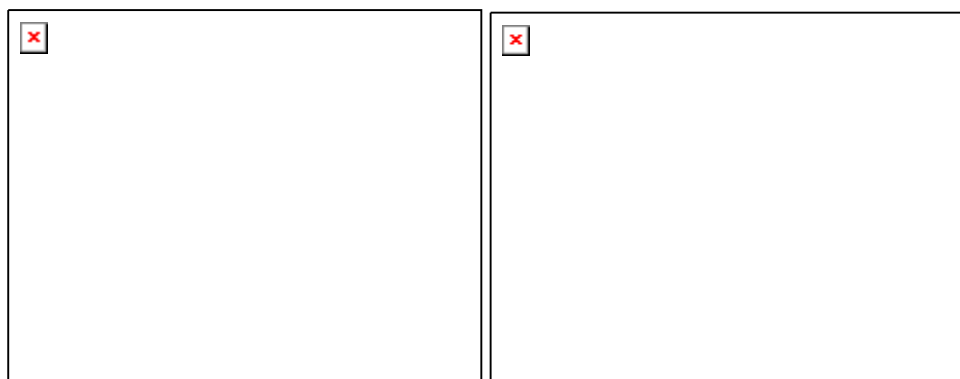


Рис. 2. Иссечение нависающего края слизистой оболочки лазером

Заключение

Таким образом, результаты исследования показали перспективность применения лазерного воздействия для иссечения нависающей слизистой оболочки при перикороните, что выражалось практически полным отсутствием болевых ощущений и выраженного коллатерального отёка в послеоперационном периоде, исключением рецидива воспалительного процесса и оптимальным заживлением области вмешательства без случаев грубого рубцевания слизистой. Альтернативным способом является оперкулэктомия с помощью электрохирургии, которая также обеспечивает исключение повторного перикоронита, но отличается более длительным сроком заживления и относительно более выраженными болевыми ощущениями и отёком слизистой оболочки в послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Arekhi N, Mortazavi N, Bahramnejad E, et al. Assessment of a combined mouthwash on pain relief in pericoronitis: a randomized clinical study. // BMC Oral Health. 2024;24(1):855. Published 2024 Jul 27. doi:10.1186/s12903-024-04660-5.
2. Moloney J, Stassen LF. Pericoronitis: treatment and a clinical dilemma. // J Ir Dent Assoc. 2009;55(4):190-192.
3. Schmidt, J.; Kunderova, M.; Pilbauerova, N.; Kapitan, M. A Review of Evidence-Based Recommendations for Pericoronitis Management and a Systematic Review of Antibiotic Prescribing for Pericoronitis among Dentists: Inappropriate Pericoronitis Treatment Is a Critical Factor of Antibiotic Overuse in Dentistry. // Int. J. Environ. Res. Public Health 2021;18:67-96. doi.org/10.3390/ijerph18136796.
4. Katsarou T.; Kapsalas A.; Souliou C.; Stefaniotis T.; Kalyvas D. Pericoronitis: A clinical and epidemiological study in Greek military recruits. // J. Clin. Exp. Dent. 2019;11:133-137.
5. McNutt, M.; Partrick, M.; Shugars, D.A.; Phillips, C.; White, R.P. Impact of symptomatic pericoronitis on health-related quality of life. // J. Oral Maxillofac. Surg. 2008;66:2482-2487.
6. Rakhmatullaeva O.U. et al. The Position of the Cytokine Profile and Cytolysis Enzymes in Patients with Viral Hepatitis before Tooth Extraction //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021;25(1):6558-6567.

Поступила 20.08.2025